

Formación para desmontar mitos sobre la exclusión sanitaria

29 de octubre de 2019 Actualizado el 11 de noviembre de 2019

Esta presentación incluye los principales mitos sobre migraciones y salud, y los datos que los desmontan. Durante la última década, se ha desarrollado un discurso que culpa a las personas migrantes de muchos de los problemas que afronta nuestro sistema sanitario, y sin embargo, al analizar los datos, encontramos que estos argumentos no se sostienen: un sistema universal no es más caro, no es insostenible, no aumenta las listas de espera, y no fomenta el turismo sanitario. A continuación compartimos los datos que lo demuestran.

Descárgate [el ppt](#), adáptalo al formato que mejor te convenza, y utilízalo en las sesiones clínicas de tu centro de salud u hospital, con tus compañer@s de trabajo, familiares y amig@s.

... Y no te olvides del argumento más importante: incluso aunque fuese más caro un sistema universal que uno excluyente, desde Yo Sí apostamos por lo primero. Porque creemos que la salud es un derecho que tenemos que garantizar, construir y cuidar entre tod@s. Porque creemos en una sociedad solidaria, en la que nos cuidamos unas personas a otras. Y estos valores no deberíamos ponerlos en juego, porque eso sí que nos puede salir pero que muy caro.

Desmontando mitos

LA SALUD COMO DERECHO

MITO 1:

«Los migrantes no tienen derechos si no entran legalmente y se someten a las leyes y costumbres españolas.»

REALIDAD 1:

En 1948 por una Resolución de la ONU se aprueba la Declaración Universal de los Derechos Humanos sin carácter vinculante hasta la firma en 1967 de los Pactos Internacionales de los Derechos Civiles y Políticos y el de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El primero de ellos con carácter vinculante y sujeto a control internacional y los segundos condicionados a la evolución socioeconómica de cada país.

Existe una jerarquía clara entre lo que se nos impone inapelablemente, en cualquier circunstancia — los derechos civiles y políticos—, y lo que solo cabe plantear cuando hay recursos suficientes y condiciones sociales propicias —los derechos sociales— Lo que haría ético-políticamente «razonable» que

en tiempos de crisis económica como los actuales se redujeran y reconfiguraran los servicios públicos de salud. Pero esta tesis choca contra la concepción de los derechos humanos reflejada en los documentos internacionales suscritos por la mayoría los Estados —entre ellos el español— y contra las concepciones de la justicia distributiva más acogedoras de la igualdad constitutiva de los humanos, así como de las precariedades que forman parte de nuestra condición.

Los documentos internacionales afirman con contundencia la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, imbricando de este modo, más allá de toda jerarquía, a derechos civiles, políticos y sociales. Lo que significa, en concreto: que **defender unos derechos exige defenderlos todos**; que cada uno de los derechos se especifique y realice adecuadamente a través de su conexión obligada con los demás. La razón de ello es que los derechos humanos emanan de la dignidad inviolable de todos, que, asumida en su integridad, reclama derechos que expresen y potencien la autonomía privada (derechos civiles), la autonomía pública (derechos políticos), la igualdad y la solidaridad (derechos sociales).

En el campo de la salud, la primera concreción se produce cuando Bismarck en 1883 crea el primer seguro obligatorio de enfermedad para la asistencia sanitaria a trabajadores. La gran recesión posterior a la Primera Guerra Mundial llevó a que la mayoría de los países occidentales adoptasen el modelo de seguro médico, generalizándose de forma progresiva la protección a la salud como derecho fundamental, lo que supuso en su día una conquista social laboriosa, sacrificada y de alto coste, pero de profundo sentido solidario.

La protección social de la salud se convierte así en un derecho básico de los ciudadanos que el Estado debe de garantizar y tutelar, estando entre sus funciones la prestación de una asistencia sanitaria adecuada.

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en mayo de 1998, se acordó la «Política de Salud para Todos para el siglo XXI» en la que se establece como objetivo conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud a través promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones.

Tres valores básicos constituyen los cimientos éticos de Salud: la salud como derecho fundamental, la equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países (tanto dentro de ellos como entre sus habitantes); así como la participación y responsabilidad de las personas, los grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

LOS DETERMINANTES DE SALUD Y DESIGUALDAD

MITO 2:

«Los estilos de vida, responsabilidad individual de cada persona, son los que generan las enfermedades.»

REALIDAD 2:

La salud y enfermedad de las poblaciones está determinada por las características personales, condiciones sociales de vida que conforman comportamientos, medio ambiente y sistemas asistenciales.

Los determinantes de la salud y el estado de salud pertenecen tanto al ámbito individual como al poblacional.

La mayor o menor salud a nivel personal está fuertemente influida por factores como clase social (de origen y de pertenencia), género, nivel educativo, condiciones de empleo, etnia y una situación migratoria.

El nivel de salud de una población depende de las características ambientales de la comunidad, de la conducta de sus habitantes y del sentido de coherencia y grado de cohesión social existentes en la misma, así como en la posición de clase social en la que se encuentra.

El derecho a la salud tiene que contemplar por un lado el disfrute de condiciones positivas en factores que son determinantes para la vida, y por otro la atención explícita a la enfermedad y sufrimiento a través de servicios sanitarios

MITO 3

«Cuanto más rico es un país, mejores indicadores de salud.»

REALIDAD 3:

La problemática social y de salud es peor en países con mayor desigualdad social, independientemente del PIB del país. El estudio de Pickett y Wilkinson (*The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*) demuestra cómo para los once factores valorados relativos al bienestar de la población (salud física, salud mental, abuso de drogas/alcohol, educación, prisión, obesidad, movilidad social, vida en comunidad y confianza, violencia, embarazos en adolescentes y bienestar en la infancia), los resultados son significativamente peores en países ricos con mayores desigualdades.

Asimismo, a pesar de que la población de clases sociales más bajas es la que se ve más favorecida en países con menor desigualdad, el efecto positivo también repercute en clases sociales más altas.

MIGRACIÓN E IMPACTO SOCIOECONÓMICO EN PAÍS DE ACOGIDA:

MITO 4:

«Existe una oleada de migración hacia España procedente de África.»

REALIDAD 4:

Al analizar los datos del Instituto Nacional de Estadística, podemos ver que esa pretendida «oleada» no se apoya en los datos existentes, pues supone entre un 10 y un 15% de las nuevas migraciones anuales en España y apenas ha variado en números absolutos en la última década, manteniéndose muy por debajo de los datos del año 2006. [Datos sobre migraciones exteriores \[INE\]](#)

MITO 5:

«El Estado de bienestar europeo no puede afrontar la carga que suponen los recién llegados.»

REALIDAD 5:

Un [estudio de La Caixa](#) de 2011 — cuando el porcentaje de habitantes de España nacidos en el extranjero ya había superado el 10%— reveló que los migrantes [aportan a la economía más de lo que reciben](#). Los extranjeros inyectan a las cuentas públicas «dos o tres veces más de lo que cuestan»:

- El informe elaborado por la Oficina Económica de la Presidencia del Gobierno en 2006 afirmaba que el 30% del crecimiento del PIB español entre mediados de los años noventa y la primera década del nuevo siglo fue consecuencia de la llegada y asentamiento de colectivos migrantes. El efecto positivo se elevaba hasta el 50% del crecimiento del PIB durante el período comprendido entre 2000 y 2005.
- El informe de la Oficina Económica del Presidente del Gobierno de 2006 al que nos hemos referido anteriormente estimaba que las personas migrantes absorbían el 5,4% del gasto público (18.618 millones) y aportaban el 6,6% de los ingresos totales del Estado (23.402 millones), por lo que el saldo neto de su contribución era de 4.784 millones de euros, es decir, la mitad del superávit del conjunto del sector público en 2005.

Para Dolado y Vázquez (2008), los ingresos derivados de la migración (IRPF, cotizaciones sociales, IVA e impuestos especiales, etc.) en 2008 sobrepasaban los costes (en forma de prestaciones por desempleo, pensiones, educación, sanidad, etc.) en cerca de 2.000 millones de euros anuales, con la expectativa de que ese saldo positivo se incrementase hasta 3.000 millones a finales de 2010. Esos mismos autores calculaban que, en la medida en que se cumplan las proyecciones demográficas de crecimiento de la población autóctona y de flujos migratorios, dicho saldo positivo se reducirá a unos 1.500 millones de euros anuales hacia finales de la próxima década.

- La población procedente de países en vías de desarrollo residente en España presentaba en 2008 una tasa de actividad considerablemente superior a la de la población autóctona (81,2%, frente al 72,6% de la población autóctona) (Otero et al., 2010). Dicha diferencia era claramente visible en el caso de los hombres (89,1% frente 82,1%), y particularmente marcada en el de las mujeres (73,3% en las migrantes frente al 62,7% de las autóctonas). De acuerdo con Otero et al., esto hizo que tan solo las cotizaciones a la seguridad social (8.080 millones de euros) de los migrantes en ese año (dejando por tanto de lado los impuestos directos e indirectos) aportasen más a la balanza fiscal que todo el gasto social asociado a la inmigración (6.500 millones de euros).

- En la actualidad, menos del 1% de los beneficiarios de pensiones en España son extranjeros (gráfico 3.3). De este 1%, más de la mitad son ciudadanos comunitarios: Francia, con 16.400, y Alemania, con 9.400 pensionistas, ocupan las primeras posiciones en la lista de perceptores de prestaciones por jubilación en España. El tercer país por jubilados es Marruecos (aproximadamente ocho mil). Resulta más que evidente que los migrantes, cuya gran mayoría está en plena etapa productiva, constituyen una aportación neta a las arcas del INSS, y que esto continuará siendo así al menos durante las dos próximas décadas. La conversión de los migrantes en pensionistas comenzará aproximadamente en 2030, pero al menos hasta 2045 contribuirán de manera positiva a las finanzas del sistema, en buena medida porque sus pensiones serán de menor cuantía al haber sido su base de cotización más baja. A partir de ese momento, sin embargo, los jubilados migrantes coincidirán con los jubilados autóctonos de la generación del *baby boom*, por lo que contribuirán a incrementar la demanda de pensiones al sistema de seguridad social.
- Según los datos recogidos y publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, a finales de 2008 los migrantes eran el 11,2% de los beneficiarios de renta mínima de inserción (RMI) en España, porcentaje que se encontraba ligeramente por debajo del peso relativo de la población extranjera en el conjunto de la población española, que era aproximadamente del 12,2% (MSPS, 2010). Si además tomamos en consideración que los migrantes se encuentran con frecuencia entre los grupos más desfavorecidos de la población española, y por tanto representan una proporción mayor de la población en riesgo de exclusión social, podemos afirmar que el rango de cobertura de las RMI para la población inmigrante es considerablemente inferior al que le correspondería proporcionalmente y que deja, pues, a un número importante de migrantes sin la protección de dicho programa.
- Ante la débil intervención pública en el ámbito de la reproducción, las mujeres autóctonas empleadas en el mercado de trabajo han recurrido de manera creciente a la contratación de mano de obra inmigrada para cubrir las tareas domésticas y de cuidado. Esta tendencia refleja no solo importantes cambios en el modelo de cuidado, sino también unas transformaciones radicales en la división social del trabajo, y tales cambios no se habrían podido producir como lo han hecho sin la aportación de la mano de obra migrante. Las mujeres migrantes han pasado a desempeñar un rol esencial, no solo en la participación laboral de las mujeres autóctonas y el funcionamiento de las familias, sino como elemento de soporte y garantía de la sostenibilidad del régimen de bienestar en España.

MITO 6:

«Migrantes como responsables de poner en riesgo la continuidad del sistema occidental de valores, económico, político y cultural.»

REALIDAD 6:

No sólo no se ponen en peligro, sino que es más eficiente y sostenible su asimilación como población autóctona a la hora de prestar asistencia sanitaria en igualdad de condiciones (el texto más reciente que ilustra este aspecto puede encontrarse en la revista Science. Bloom DE, Khoury A, Subbaraman R. [The promise and peril of universal health care](https://doi.org/10.1126/science.aat9644). Science.2018;361:6404. doi: 10.1126/science.aat9644.

MIGRACIÓN Y SISTEMA SANITARIO

MITO 7:

«El estado de salud es peor en migrantes.»

REALIDAD 7:

«El efecto del migrante sano»: la población migrante, en general, presenta un estado de salud a su llegada al país de destino mejor que el de la población autóctona y éste va empeorando con el paso de los años en dicho país; este empeoramiento se debería al efecto de los determinantes sociales de salud sobre los migrantes (desempleo/precariedad, baja renta, dificultad para acceder al sistema educativo, vivienda, riesgo de exclusión...)

MITO 8:

«Los migrantes consumen más recursos sanitarios.»

REALIDAD 8:

Este mejor estado de salud, el hecho de ser una población más joven que la autóctona, unido probablemente a las barreras formales e informales al acceso al sistema sanitario presentes incluso en un sistema de amplia cobertura, hacen que utilicen los servicios de salud en menor medida que la población autóctona. [Global healthcare use by immigrants in Spain](#) according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. 2016

- Según el «Informe aseguramiento personas inmigrantes sin permiso legal de residencia» del Gobierno Vasco: se estima que el coste sanitario asociado al colectivo de migrantes irregulares podría ser entorno a 7 millones de euros en un año (aproximadamente el 0,2% del presupuesto sanitario del gobierno Vasco). Ahora bien, teniendo en cuenta que los gastos fijos estructurales se seguirán dando por mucho que se restrinja el acceso al Sistema de un colectivo tan pequeño y suponen alrededor del 75% del gasto total, **el gasto potencialmente ahorrable si se dejara fuera del sistema sanitario a este colectivo, apenas llega a los 2 millones (0.06%) de euros de los más de 3.200 millones de euros que supone el gasto sanitario completo a toda la población de la CAE en un año.**
- Si ambulatorios y hospitales no dan abasto con la demanda puede ser por dos razones: falta de inversiones públicas y envejecimiento de la población nacida en España. [Ninguna de esas dos razones](#) tiene que ver con los extranjeros.

MITO 9:

«Migrantes = turistas sanitarios.»

REALIDAD 9:

Las personas migrantes no vienen a España para servirse de los sistemas de cobertura socio-sanitaria y mucho menos son turistas. El perfil del migrante en situación irregular es persona joven y sana que viene a España por razones económicas e intentando mejorar sus condiciones de vida. En los estudios existentes, sólo un 4.8% de los migrantes señala motivos de salud como una razón para migrar (Informe Médicos del Mundo internacional 2016).

El llamado «turismo sanitario» corresponde a un perfil de persona con recursos y de ciudadanía europea. Aparte de ser un fenómeno minoritario, se debe sobre todo a la incapacidad de las administraciones para registrar y facturar la atención prestada a la ciudadanía de la UE cuando visitan el estado español. Es interesada la confusión con el resto de las personas migrantes, y se suele utilizar para alentar sentimientos xenófobos.

MITO 10:

«Los migrantes son vehículo de importación enfermedades.»

REALIDAD 10:

«El riesgo de transmisión desde poblaciones migrantes a poblaciones de acogida es generalmente bajo. Por ejemplo, los estudios sobre tuberculosis sugieren que el riesgo de transmisión es elevado entre convivientes migrantes y comunidades migrantes, pero no hacia la población de acogida.» Como insiste la [revista Lancet](#), no existe una asociación sistemática entre importación de enfermedades infecciosas y migración; de hecho, los brotes de enfermedades más notables que hemos podido observar en los países occidentales en los últimos años han procedido [del turismo](#) o viajes internacionales [por otros motivos](#).

CONSECUENCIA DIRECTA DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

La restricción del derecho a la atención sanitaria a la población migrante en situación irregular en España entre los años 2012 y 2018 ha tenido un impacto importante sobre su mortalidad, pudiendo atribuirse a esta limitación de la asistencia **70 muertos por cada año que estas barreras al acceso han estado en vigor, esto es, un incremento del 15% en la mortalidad**, observado en los 3 años posteriores a la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012, según un [estudio de la Universidad Pompeu Fabra](#), publicado en 2018. Este incremento de la tasa de mortalidad va en aumento con el paso del tiempo, siendo de un 22% durante el tercer año.

Es preciso lograr cierta hegemonía de la visión de la salud y la sanidad vinculada a los derechos humanos para que ésta no sea cuestionada periódicamente cuando cambie el signo político del gobierno en cuestión.

En [este artículo](#), Javier Padilla desarrolla esta idea: ¿Crisis migratoria o crisis de acogida? Una visión de la sanidad desde los derechos humanos.

Para que una persona pueda gozar de la asistencia sanitaria es necesario por un lado que tenga derecho a ella y por otro lado que tenga la capacidad de acceder a dicha asistencia; lo primero lo regula el gobierno a nivel central, lo segundo lo hacen efectivo (o no) las comunidades autónomas.